

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

HOSPITAL UNIVERSITARIO

"DR. JOSE ELEUTERIO GONZALEZ"



"EVALUACION DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE  
ANIMO EN LA CLINICA DE OBESIDAD Y SOBREPESO  
DE MEDICINA INTERNA Y EL DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"DR. JOSE ELEUTERIO GONZALEZ"

POR:

DRA. ZAIRA MARISOL HERNANDEZ LORENZO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER  
EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO. 2017



“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE  
ABUSO SEXUAL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE  
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA  
VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS  
DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Aprobación de la tesis:



DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA  
Director de Tesis



DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS  
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO  
Jefe del Servicio o Departamento



DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA  
Coordinador de Enseñanza



DR. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ  
Subdirector de Estudios de Posgrado

# **CAPÍTULO I**

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los trastornos del estado del ánimo tienen una alta prevalencia, afectan personas de todas las edades (1) y se encuentran dentro de las 10 enfermedades que causan más años vividos en discapacidad (2)

Se ha reportado una prevalencia de adicción a la comida variable, en un rango desde 5.4% en población general; hasta 24.9% en población con sobrepeso u obesidad; y de 56.8% a 70.0% en poblaciones con desórdenes alimenticios (3).

Los pacientes con trastorno bipolar tienen una alta prevalencia de obesidad comparados con la población general (4) y, a su vez, se ha demostrado que los pacientes obesos con adicción a la comida tienen altos niveles de depresión, disregulación afectiva y baja autoestima (5).

El objetivo de esta tesis fue evaluar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida en pacientes de la Clínica de Obesidad y Sobrepeso de Medicina Interna y del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González.

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado en nuestro país que busca asociar trastornos del estado del ánimo y adicción a la comida. Es importante crear consciencia en la comunidad médica sobre la adicción a la

comida y su asociación con sintomatología del estado del ánimo en nuestros pacientes, para así generar estrategias de abordaje terapéutico adecuadas.

## **MÉTODO:**

Los pacientes fueron reclutados de la Clínica de Obesidad del Departamento de Medicina Interna y del Servicio de Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de mayo a diciembre de 2016.

A las personas que estuvieron dispuestas a participar, con previo consentimiento informado, se les aplicó un PHQ9, GAD-7 & YFAS para tamizaje de trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida.

Los pacientes fueron divididos, de acuerdo a la presencia o ausencia de síntomas depresivos y a su índice de masa corporal (IMC), en tres grupos: Grupo 1: pacientes con obesidad y con síntomas depresivos, Grupo 2: pacientes con obesidad y sin síntomas depresivos y Grupo 3: pacientes sin obesidad y con síntomas depresivos.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics 20.

## **RESULTADOS:**

La población total fue de 107 pacientes (Grupo 1= 43, Grupo 2= 45, Grupo 3= 19). Del total de pacientes, la mayor parte eran mujeres (69.2%), tenían una edad promedio de 39.9 (SE: 1.291). Ochenta y dos, punto dos por ciento de la población total entraba en la clasificación de sobrepeso u obesidad, siendo 25.2%

pertenecientes a la categoría de obesidad grado I. Del total de pacientes, solamente 20.6% y 28.0% usaban alcohol y tabaco respectivamente.

La prevalencia de adicción a la comida fue mayor en el Grupo 1 (41.90%).

Se encontró que la adicción a la comida se asociaba positivamente de forma muy significativa con presencia y severidad de síntomas depresivos, ansiosos y uso de tabaco.

### **CONCLUSIONES:**

- En nuestra población existe una prevalencia similar de adicción a la comida a la reportada la literatura.
- La prevalencia de adicción a la comida aumentó en poblaciones con síntomas depresivos, independientemente del IMC.
- Existe una fuerte correlación positiva entre síntomas depresivos y adicción a la comida, así como entre sintomatología ansiosa y adicción a la comida.
- El uso de tabaco correlacionó de forma positiva con la adicción a la comida: postulación de la adicción a la comida como adicción a cualquier otra sustancia.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR) los trastornos del estado de ánimo incluyen: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, y otros trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo no especificado) (6).

En el trastorno depresivo mayor se encuentran 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, aumento/disminución de peso (5% del peso corporal en 1 mes) y/o hiperfagia/hiporexia, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de minusvalía o culpa excesiva, disminución en la concentración, ideas de muerte y/o ideación suicida. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, la mayoría de los días. Los síntomas causan un malestar clínico significativo y/o un deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento (6).

Los pacientes con trastorno bipolar presentan episodios caracterizados por humor persistentemente elevado y/o irritable conocidos como manía/hipomanía los cuales alternan con episodios de depresión. Los trastornos bipolares a su vez se dividen en 2 subtipos principales Trastorno Bipolar tipo I y Trastorno Bipolar tipo II. Para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I según el DSM-

IV se requiere de un episodio maniaco. No se requiere de la presencia de un episodio depresivo; sin embargo se presentan con frecuencia. El diagnóstico de trastorno bipolar II se requiere de uno o más episodios de hipomanía junto con uno o más episodios de depresión mayor. Las diferencias entre episodios de manía e hipomanía se encuentran en la duración del episodio (un mínimo de cuatro días para el episodio de hipomanía y para el episodio de manía siete días o cualquier duración en caso de ser necesaria la hospitalización) y la gravedad del episodio (en el episodio de hipomanía no hay síntomas psicóticos y los síntomas no son los suficientemente graves como para causar deterioro social/laboral importante, y/o necesidad de hospitalización). (6)

Los trastornos del estado del ánimo es decir la depresión mayor y el trastorno bipolar, tienen una alta prevalencia, afectan personas de todas las edades (1) y se encuentran dentro de las 10 enfermedades que causan más años vividos en discapacidad (2).

La depresión mayor se presenta hasta en 16% de las personas a lo largo de la vida y el trastorno bipolar en un 2.5% (1) pero hasta un 5% de la población presenta síntomas (7).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica encontró una prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población general de 9.2%: 7.2% para Trastorno depresivo mayor y 1.9% para Trastorno bipolar (8).

Cada vez es más reconocida la asociación de estos trastornos con alteraciones físicas, por ejemplo, un importante aumento en el riesgo de

padecer obesidad en poblaciones caucásicas. Los pacientes con depresión mayor atípica por ejemplo tienen dos veces más riesgo de padecer obesidad (9) así como un riesgo mayor de Diabetes Tipo 2 (T2D; Type 2 Diabetes) (OR 2.0, 1.8-2.2) (10). Mientras tanto, los pacientes con trastorno bipolar tienen una alta prevalencia de obesidad comparados con la población general (11, 12) y mayor riesgo a padecer obesidad (13). Además, en un estudio epidemiológico se demostró que los pacientes bipolares con obesidad vs. sin obesidad muestran mayor severidad en síntomas psiquiátricos como aumento de inestabilidad y recurrencia (11). Esta asociación epidemiológica clínica se fortalece con evidencia de que trastornos del ánimo comparten genes de riesgo con T2D (14,15) y que las personas con las principales variantes de riesgo para obesidad en el gen FTO muestran alteraciones en su conducta y cognición asociadas a los trastornos de ánimo (16). Estudios recientes en roedores muestran que fenotipos de obesidad causan deterioro en vías de neuroplasticidad relacionadas con fenotipos depresivos (17), además miembros de estas vías como TCF7L2 son comunes a vías metabólicas, de neuroplasticidad y diferenciación celular; están involucradas en T2D (18) y trastorno bipolar (14; 15).

A pesar del alto impacto que tienen los trastornos del estado del ánimo en la salud, el tratamiento de los mismos sigue siendo un reto. Mientras que los antidepresivos solo logran la remisión en 67% de los pacientes con depresión mayor (19), las opciones para tratamiento de depresión bipolar son aún más reducidas (20). No solamente eso, sino que muchas de las opciones de tratamiento tienen alto impacto metabólico (21) en el paciente. Debido a la



asociación entre ánimo y obesidad, recientemente se ha propuesto que medidas para reducir obesidad podrían ser eficientes para el tratamiento de los trastornos del estado del ánimo. El ejemplo más claro es el impacto positivo que tiene el ejercicio sobre síntomas depresivos (22). Sin embargo, es necesario que se estudie de manera más detallada el impacto que tiene el cambio en la dieta sobre la depresión, ya que no sabemos si el impacto es directo o en factores asociados a la última como autoestima, estilos cognitivos o calidad de sueño, que indirectamente podrían mejorar la depresión.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

#### **H1**

Existe una asociación entre depresión mayor y obesidad.

Existe una asociación entre depresión mayor y adicción a la comida.

#### **H0**

Existe una asociación entre depresión mayor y obesidad.

No existe una asociación entre depresión mayor y adicción a la comida.

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Determinar si existe una asociación entre síntomas depresivos y obesidad, así como una asociación entre adicción a la comida y síntomas depresivos, en pacientes de la Clínica de Obesidad y Sobrepeso de Medicina Interna y del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

#### **Objetivos particulares**

1. Comparar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida con pacientes sin obesidad de la consulta del Departamento de Psiquiatría.
2. Describir las características clínicas y sociodemográficas de los grupos
3. Comparar la correlación entre trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida en esta población.
4. Valorar la asociación entre peso y adicción a la comida.
5. Valorar la asociación entre ansiedad y adicción a la comida

## **CAPÍTULO V**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Diseño metodológico**

Este es un estudio observacional, descriptivo, comparativo y transversal.

#### **Población y muestra**

Se reclutaron pacientes entre 18 y 65 años que acudieron a la Consulta Externa de la Clínica de Obesidad y Sobrepeso de Medicina Interna, así como también del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

A las personas que estuvieron dispuestas a participar, con previo consentimiento informado, se les aplicó un PHQ9, GAD-7 & YFAS para tamizaje de trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida.

De acuerdo al puntaje obtenido en el PHQ9, aquellos pacientes negativos para sintomatología depresiva, fueron asignados al grupo 2, mientras que a los pacientes que cumplieron con alguno de los diagnósticos (Trastorno Depresivo o Trastorno Bipolar), fueron parte del grupo 1 o grupo 3, de acuerdo con su IMC.

Grupo 1: Pacientes con obesidad y con síntomas depresivos

Grupo 2: Pacientes con obesidad y sin síntomas depresivos



### Grupo 3: Pacientes sin obesidad y con síntomas depresivos

Los pacientes con sintomatología depresiva positiva en el tamizaje, fueron citados en el Centro en Salud Afectiva (CNSA), en donde se les realizó una evaluación estructurada MINI para determinar si el paciente cumplía con criterios para un diagnóstico de Trastorno Depresivo o Trastorno Bipolar.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes entre los 18 y 65 años evaluados en la Clínica de Obesidad y Sobrepeso del Departamento de Medicina Interna, así como del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Para el grupo 1:

- Un IMC mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup>.
- Pacientes que cumplan con criterios para algún trastorno del estado del ánimo

Para el grupo 2

- Un IMC mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup>.
- Pacientes que no cumplan con criterios para algún trastorno del estado del ánimo

Para el grupo 3:

- Un IMC igual o menor de 24.9 kg/m<sup>2</sup>.
- Pacientes que cumplan con criterios para algún trastorno del estado del ánimo

### **Criterios de exclusión**

- Incapacidad para hablar español.
- Incapacidad para comprender o falta de deseo de completar el formulario de consentimiento informado.
- Pacientes clínicamente descompensados y que no se encuentren en condiciones de proveer un consentimiento informado.
- Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.
- Pacientes inmunocomprometidos.
- Pacientes con antecedentes de atopia.

En caso de que en alguna de las pruebas se muestren datos importantes que pongan en riesgo la integridad del paciente (ideación suicida activa, síntomas psicóticos y/o sintomatología clínica severa de la enfermedad) que requiriese un manejo en forma urgente, se contactará de inmediato a un médico y se informará al paciente de esta situación para definir el manejo

### **Criterios de eliminación**

- Retiro de consentimiento

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio se realizó con la finalidad de buscar beneficio en los sujetos de estudio y posterior a la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes incluidos en el presente estudio, previa información sobre el mismo.

Durante todo el estudio se respetó la confidencialidad de la información obtenida durante las entrevistas y se omitirá la identidad de los participantes.

Antes del inicio del estudio de investigación se obtuvo la aprobación del Comité de Ética.

## **Cálculo del tamaño de muestra**

Utilizando una fórmula para prueba el cálculo de una proporción en una población finita, con un valor  $z_{\alpha}$  de 1.96 con nivel de significancia del 95% para dos colas, y una precisión del 5% con una proporción esperada del .20, se obtuvo una muestra de 152 participantes.

## **Análisis estadístico**

Las variables continuas fueron descritas con medias y desviación estándar. Para las variables categóricas se utilizaron porcentajes y frecuencias. Las variables numéricas se compararon con prueba t de Student para muestras independientes. Para la comparación de más de 2 grupos se empleó ANOVA. Las correlaciones fueron realizadas usando coeficiente de correlación de Pearson o Spearman.

El análisis estadístico fue realizado con IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc., Armon, NY).

## **Instrumentos**

- **El Cuestionario sobre la Salud del Paciente** (PHQ-9) consta de 9 ítems, que constituyen una sub-escala del PatientHealthQuestionnaire, a su vez una versión auto-aplicable del PRIME-MD (32,33), que evalúa la presencia de trastorno depresivo mayor usando criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA, cuarta edición (Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, DSM-IV) modificados. Los ítems son respondidos mediante los valores: “Nunca”, “Varios días”, “Más de la mitad de los días” y “Casi todos los días”.
- **El Cuestionario sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada** (GAD-7) es una escala unidimensional autoadministrable diseñada para evaluar la presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, como es descrito en el DSM-IV. El resultado del GAD-7 se calcula sumando las respuestas de cada ítem. Los puntajes de todos los ítems van del 0 (nunca) al 3 (casi todos los días). Por ende, el resultado total tiene un rango del 0 al 21 y puede ser categorizado a cuatro grupos de severidad: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (14-20).
- **La International Neuropsychiatric Interview** (MINI) (Apartado para estado de ánimo) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad



se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Resultando una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y con un periodo de tiempo de administración mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos). La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

- **La Escala de Adicción a la Comida de Yale** (YFAS; Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009) es el primer inventario diseñado específicamente para evaluar signos de una conducta alimentaria adictiva. La escala incluye ítems que evalúan criterios específicos, tales como: menor control sobre consumo, deseo persistente o intentos no exitosos de dejar de comer, dependencia y discapacidad clínicamente significativa.

## **Procedimiento**

El estudio tuvo lugar en la Clínica de Obesidad del Departamento de Medicina Interna y en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en la ciudad de Monterrey, Nuevo León de mayo a diciembre del 2016.

A las personas que estuvieron dispuestas a participar, con previo consentimiento informado, se les aplicó un PHQ9, GAD-7 & YFAS para tamizaje de trastornos del estado de ánimo y adicción a la comida.

Aquellos pacientes negativos para sintomatología depresiva, fueron asignados al grupo 2, mientras que a los pacientes que cumplan con alguno

de los diagnósticos (Trastorno Depresivo o Trastorno Bipolar), serán parte del grupo 1 o grupo 3, de acuerdo con su IMC.

- **Grupo 1:** Pacientes con obesidad y con síntomas depresivos
- **Grupo 2:** Pacientes con obesidad y sin síntomas depresivos
- **Grupo 3:** Pacientes sin obesidad y con síntomas depresivos

El paciente con sintomatología depresiva positiva en el tamizaje (Puntuación en el PHQ-9  $\geq 5$ ), fueron citados en el Centro en Salud Afectiva (CNSA), en donde se les realizó una evaluación estructurada MINI para determinar si el paciente cumplía con criterios para un diagnóstico de Trastorno Depresivo o Trastorno Bipolar.

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

#### **Características sociodemográficas de la muestra**

La muestra total es de 107 pacientes. De estos pacientes, 43 se asignaron al Grupo 1, 45 al Grupo 2, y 19 al Grupo 3.

Del total de pacientes, la mayor parte eran mujeres (69.2%), tenían una edad promedio de 39.9 (SE: 1.291), 41.9% contaba con educación media superior, y 54.8% se encontraban empleados al momento de realizar la entrevista. Ochenta y dos, punto dos por ciento de la población total entraba en la clasificación de sobrepeso u obesidad, siendo 25.2% pertenecientes a la categoría de obesidad grado I. Del total de pacientes, solamente 20.6% y 28.0% usaban alcohol y tabaco respectivamente.

	<b>Grupo 1 (n=43)</b>	<b>Grupo 2 (n=45)</b>	<b>p</b>	<b>Grupo 3 (n=19)</b>
<b>Edad</b>	$\bar{X}=40.03$ años (SE=1.894)	$\bar{X}= 43.64$ años (SE=1.996)	< 0.0001	$\bar{X}= 30.75$ años (SE=2.6)
<b>Género</b>				
<b>Mujeres</b>	67.4%	66.7%	0.8752	78.9%
<b>Hombres</b>	32.6%	33.3%	0.8752	21.1%
<b>Escolaridad</b>				
<b>Primaria</b>	4.7 %	2.2 %	0.9535	5.3 %
<b>Secundaria</b>	16.3 %	4.4 %	0.1361	15.8 %
<b>Preparatoria</b>	37.2 %	31.1 %	0.7050	47.4 %
<b>Universidad</b>	39.5 %	28.9%	0.4101	31.6%
<b>Posgrado</b>	2.3 %	2.2 %	4917	0.0 %
<b>NR</b>	0.0 %	31.1 %	0.0002	0.0 %
<b>Ocupación</b>				
<b>Con empleo</b>	48.8%	48.9 %	0.8384	42.1 %
<b>Sin empleo</b>	51.2%	20.0 %	0.0045	57.9 %
<b>NR</b>	0.0 %	31.1 %	0.0002	0.0 %
<b>IMC</b>	$\bar{X}=34.13$ kg/m <sup>2</sup> (SE=0.974)	$38.47$ kg/m <sup>2</sup> (SE=1.195)	< 0.0001	$21.75$ kg/m <sup>2</sup> (SE=0.439)

**Grupo 1:** Pacientes con sobrepeso/obesidad y síntomas depresivos. **Grupo 2:** Pacientes con sobrepeso/obesidad sin síntomas depresivos.  
**Grupo 3:** Pacientes con IMC normal y síntomas depresivos

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

D

entro de grupo 1, los pacientes tenían una edad promedio de 40.03 años, en su mayoría eran mujeres (67.4%), con educación preparatoria (37.2%) y universitaria (39.5%) y el 51.2% se encontraban desempleados al momento de la entrevista. Los pacientes pertenecientes a este grupo tenían un IMC en promedio de 34.13 kg/m<sup>2</sup>.

En el grupo 2, los pacientes tenían una edad promedio de 43.64 años, en su mayoría eran mujeres (66.7%), con educación preparatoria (31.1%); y el 48.9% se encontraban empleados al momento de la entrevista. Los pacientes pertenecientes a este grupo tenían un IMC en promedio de 38.47 kg/m<sup>2</sup>.

En el grupo 3, los pacientes tenían una edad promedio de 30.75 años, en su mayoría eran mujeres (78.9%), con educación preparatoria (47.4%); y el 57.9% se encontraban empleados al momento de la entrevista. Los pacientes pertenecientes a este grupo tenían un IMC en promedio de 21.75 kg/m<sup>2</sup>.



Al realizar la prueba t de Student entre Grupo 1 y Grupo 2, se encontraron diferencias significativas en edad e IMC.

### Características clínicas de la muestra

	Grupo 1 (n=43)	Grupo 2 (n=45)	Grupo 3 (n=19)	Total
PHQ-9	$\bar{x} = 12.23$ (SE= 0.963)	$\bar{x} = 2.13$ (SE=0.210)	$\bar{x} = 13$ (SE=1.635)	$\bar{x} = 8.12$ (SE=0.694)
GAD-7	$\bar{x} = 9.05$ (SE= 0.814)	$\bar{x} = 1.71$ (SE= 0.298)	$\bar{x} = 11.53$ (SE=1.48)	$\bar{x} = 6.40$ (SE=0.587)
Uso de tabaco	37.2 %	3.2 %	26.3 %	23.7 %
Uso de alcohol	37.2 %	16.1 %	47.4 %	32.3 %
MINI				
Negativo	53.5 %	100.0%	36.8%	70.1 %
Depresión	37.2 %	0.0 %	52.6 %	24.3 %
Trastorno bipolar	9.3 %	0.0 %	10.5 %	5.6 %

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

En cuanto al total de la muestra, se encontró una puntuación promedio en el PHQ-9 de 8.12 puntos (SE= 0.694), de 6.40 puntos (SE=0.587) en el GAD-7, un MINI negativo para trastornos afectivos en el 70.1%.

Al analizar los datos de cada grupo, se encontró que el Grupo 1 tenía en promedio una puntuación en la escala PHQ-9 de 12.23 puntos (SE=0.963), en la escala de síntomas de ansiedad de 9.05 (SE=0.814), y un MINI negativo para trastornos afectivos en el 53.5% de los pacientes.

El Grupo 2, tenía un promedio de síntomas depresivos y ansiosos de 2.13 y 1.71 puntos respectivamente, y un MINI negativo en el 100.0% de los pacientes.

En los pacientes del Grupo 3, el puntaje promedio en las escalas para síntomas depresivos y ansiosos de 13 y 11.53. Depresión confirmada por el MINI en el 52.6% de los pacientes.

## Uso de tabaco y alcohol

En cuanto al uso de sustancias, de la muestra total solamente el 23.7% de los pacientes habían consumido en alguna ocasión o actualmente tabaco. El 32.3% de la muestra había consumido en alguna ocasión o actualmente alcohol.

Este patrón de consumo se repitió en cada uno de los grupos, con uso de tabaco positivo en el 37.2% (Grupo 1), 3.2% (Grupo 2), 26.3% (Grupo 3); y uso de alcohol positivo en el 37.2% (Grupo 1), 16.1% (Grupo 2), 47.4% (Grupo 3).

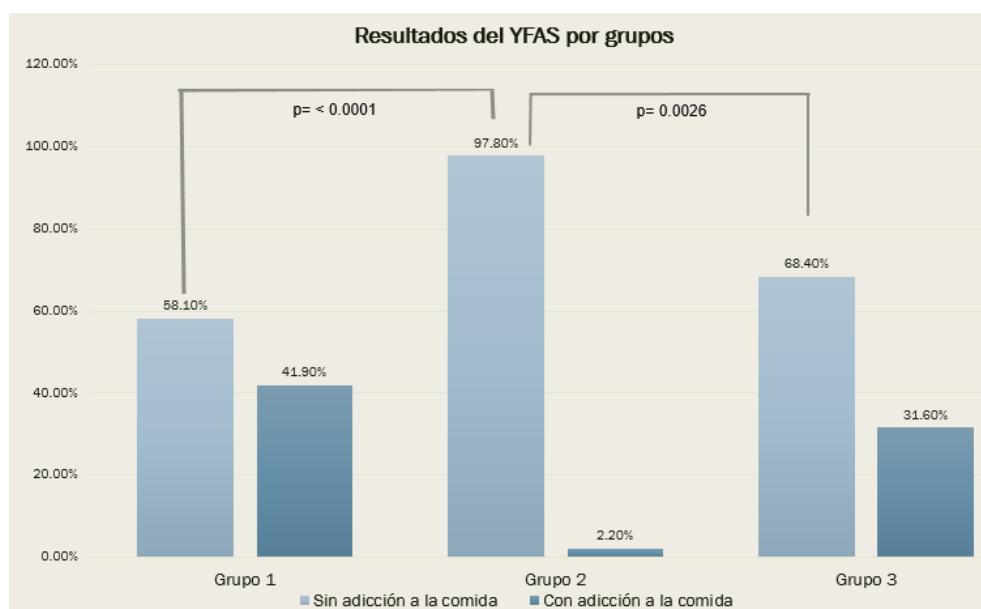


Figura 1. Resultados del YFAS por grupos

## Adicción a la comida

La prevalencia total de adicción a la comida en nuestra población fue de 23.4%. Estos pacientes, eran en su mayoría mujeres (68%), un 60% estaban desempleados y en su gran mayoría tenían sobrepeso u obesidad. Los pacientes con adicción a la positiva tenían en promedio mayor uso de tabaco y alcohol (60 y 56%) al compararse con el resto de la muestra.

<b>ANOVA</b>					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	74.036	2	37.018	14.545	0.000
Dentro de grupos	264.693	104	2.545		
Total	338.729	106			

Tabla 3. ANOVA de prevalencia de adicción a la comida

Al comparar los grupos, la prevalencia de adicción a la comida fue mayor en el Grupo 1 (41.90%).

Al usar el ANOVA, encontramos que existe diferencia significativa para los resultados de YFAS entre grupos.

Es notorio la gran ausencia de adicción a la comida en el Grupo 2 (Pacientes con sobrepeso/obesidad y presencia de síntomas afectivos).

#### **Distribución de IMC entre grupos.**

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Peso bajo	0.00%	0.00%	5.3%
Peso normal	0.00%	0.00%	94.7%
Sobrepeso	30.2%	8.9%	0.00%
Obesidad I	32.6%	28.9%	0.00%
Obesidad II	20.9%	31.1%	0.00%
Obesidad III	16.3%	31.1%	0.00%

Tabla 4. Distribución de IMC entre grupos

Dentro de los pacientes del Grupo 1, los pacientes en su mayoría se encontraban en el rango entre sobrepeso y obesidad I. La mayor parte de los pacientes del Grupo 2 pertenecieron a la categoría de Obesidad grado II y grado III.

### **Correlación entre síntomas depresivos y adicción a la comida.**

Al realizar la correlación entre adicción a la comida y síntomas depresivos, se encontró que la adicción a la comida se asociaba positivamente de forma muy significativa con presencia y severidad de síntomas depresivos y con depresión confirmada por medio de MINI. Lo cual significa que a mayor presencia y/o severidad de síntomas depresivos, mayor adicción a la comida.

#### **Correlación de Spearman: adicción a la comida y síntomas depresivos**

	Rho	p
PHQ-9: positivo	0.468**	0.000
PHQ-9: severidad	0.457**	0.000
MINI	0.376**	0.000

\*\* . La correlación es muy significativa en el nivel 0.01

Tabla 5. Correlación entre adicción a la comida y síntomas depresivos

### **Correlación entre síntomas ansiosos y adicción a la comida**

#### **Correlación de Spearman: adicción a la comida y síntomas ansiosos**

	Rho	p
GAD-7: positivo	0.408**	0.000
GAD-7: severidad	0.370**	0.000

\*\* . La correlación es muy significativa en el nivel 0.01

Tabla 6. Correlación entre adicción a la comida y síntomas ansiosos

Al realizar la correlación entre adicción a la comida y síntomas ansiosos, se encontró que la adicción a la comida se asociaba positivamente de forma muy significativa con presencia y severidad de síntomas ansiosos. Lo cual significa



que, a mayor presencia y/o severidad de sintomatología ansiosa, mayor adicción a la comida.

#### **Correlación entre uso de tabaco y alcohol, y adicción a la comida.**

##### **Correlación de Pearson: adicción a la comida y uso de sustancias**

	<b>R</b>	<b>p</b>
<b>Tabaco</b>	<b>0.233*</b>	<b>0.012</b>
<b>Alcohol</b>	<b>0.152</b>	<b>0.073</b>

\*. La correlación es significativa en el nivel 0.05

Tabla 7. Correlación entre adicción a la comida y uso de sustancias

Al realizar la correlación entre adicción a la comida y uso de tabaco y alcohol, se encontró que solamente el uso de tabaco correlacionaba positivamente de forma significativa con la adicción a la comida. Esto, significa que, a mayor uso de tabaco, mayor adicción a la comida.

## **CAPITULO VII**

### **DISCUSIÓN**

En este estudio fue posible conseguir los objetivos planteados al inicio del mismo.

En cuanto a género, se observa que la mayor parte de nuestra muestra es de género femenino de forma similar a lo reportado en la literatura. (8)

En cuanto a la situación de empleo, contrario a lo reportado en la literatura, encontramos que globalmente nuestros pacientes se encontraban en su mayor parte empleados. Sin embargo, al momento de separar por grupos, este patrón de pacientes mayormente empleados solamente se cumplió para el Grupo 1. Los Grupos 2 y 3 cumplieron con el patrón observado en la literatura de pacientes sin empleo al momento de la entrevista.

En nuestro estudio se encontró que en total solamente el 23.7% de los pacientes habían consumido en alguna ocasión o actualmente tabaco y que el 32.3% de la muestra había consumido en alguna ocasión o actualmente alcohol; esto no concuerda con la mayor prevalencia de patología dual reportada en la literatura previa (23).

La prevalencia de adicción a la comida en nuestra población fue similar a la reportada por Pursey y colaboradores en el 2014 (3), donde encontraron una prevalencia de 19.9% en sus participantes, similarmente: mujeres, con sobrepeso y obesidad.

La muy significativa asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con adicción a la comida, es similar a lo reportado anteriormente por Gearhardt(5) y

Eichen (26), quienes encontraron que la presencia de adicción a la comida va de la mano a una pobre imagen corporal, alta impulsividad y sintomatología psiquiátrica.

La alta prevalencia de adicción a la comida y su asociación con una mala imagen corporal fue abordada por Sanlier en el 2016 (27), quien encontró que aún desde la adolescencia las mujeres tienden a sentir no satisfechas con su imagen corporal, y tienden a centrar más los esfuerzos por bajar de peso en motivos estéticos. En nuestra población no se exploró la imagen corporal, sin embargo sería un campo a explorar en futuras investigaciones debido a la alta representación del género femenino en nuestra muestra.

Anteriormente se ha postulado que la adicción a la comida debe de ser abordada desde un enfoque similar al de los trastornos por consumo de sustancias, y los hallazgos de este estudio en cuanto la asociación de adicción a la comida con consumo de tabaco parece reforzar esta noción.

Por último, fue sorprendente que el uso de alcohol no se asociara de forma significativa con adicción a la comida. Una sugerencia ha sido ampliar la muestra de este estudio para alcanzar el poder requerido de estos resultados.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

- En nuestra población existe una prevalencia similar de adicción a la comida a la reportada la literatura.
- La prevalencia de adicción a la comida aumentó en poblaciones con síntomas depresivos, independientemente del IMC.
- Fuerte correlación positiva entre síntomas depresivos y adicción a la comida, así como entre sintomatología ansiosa y adicción a la comida.
- Uso de tabaco correlacionó de forma positiva con la adicción a la comida: postulación de la adicción a la comida como adicción a cualquier otra sustancia.

## CAPÍTULO IX

### ANEXOS

- A) **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)** *Apartado de trastornos afectivos*
- B) **Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS)**
- C) **Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)**
- D) **Cuestionario sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)**

## A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ	

A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	➡ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

## Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSÍCOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="radio"/> NO	<input checked="" type="radio"/> SÍ	18
B3	<b>Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



### C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:		Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 10
A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO  
DE SUICIDIO

NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
<p>D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4      ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?      NO      SÍ      12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓

☐

HIPOMANÍACO

↓

☐

MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## Cuestionario de evaluación de adicción a la comida

Esta encuesta es sobre sus hábitos de comer en este último año. Hay personas que a veces tienen dificultad en controlar el consumo de ciertas comidas, como por ejemplo:

- Los dulces como el helado, chocolate, donuts, galletas, caramelos, torta o pastel.
- Los almidones como el pan blanco, panecillo, pasta, y arroz
- Las meriendas saludas como las patatas fritas, pretzels y galletas saladas
- Las comidas grasosas como el bistec, tocino, hamburguesas, hamburguesas con queso, pizza y papas fritas.
- Las bebidas azucaradas como la gaseosa (soda)

Cuando las siguientes preguntan sobre "CIERTOS ALIMENTOS" piense en CUALQUIER alimento similar a los alimentos enumerados en el grupo de comidas o CUALQUIER OTRO alimento que usted haya tenido problemas en este último año.

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:					
	Nunca	Una vez al mes	2-4 veces al mes	2-3 veces a la semana	4 o más veces a la semana o diario o todos los días
1. Pienso que cuando empiezo a comer ciertos alimentos, termino comiendo más de lo planeado.	0	1	2	3	4
2. Me encuentro consumiendo ciertos alimentos inclusive cuando ya no tengo hambre.	0	1	2	3	4
3. Yo como hasta el punto en que me siento físicamente enfermo.	0	1	2	3	4
4. Reducir o no comer ciertos tipos de alimentos es algo que me preocupa.	0	1	2	3	4
5. Paso mucho tiempo sintiéndome desgastado o agotado por comer en exceso.	0	1	2	3	4
6. He notado que ignoro cierto tipo de comidas constantemente durante el día.	0	1	2	3	4
7. Voy que cuando no hay ciertas comidas, hago un esfuerzo por conseguirlos. Por ejemplo, voy en coche a la tienda para comprar ciertos productos a pesar de tener otras opciones disponibles en casa.	0	1	2	3	4
8. Ha habido ocasiones en que comí ciertas comidas tan a menudo o en tan grandes porciones que empecé a comer en vez de trabajar, pasar tiempo con mi familia o amistades, participar en otras actividades importantes o actividades que disfruto hacer.	0	1	2	3	4
9. Ha habido ocasiones en que he comido ciertos alimentos con tan frecuencia o en tan grandes porciones que pasé el tiempo lidiando con sentimientos negativos por haber comido en exceso en vez de trabajar, pasar tiempo con mi familia o amistades, participar en otras actividades importantes o actividades que disfruto hacer.	0	1	2	3	4
10. Ha habido ocasiones en que evité situaciones de tipo profesional o social donde había cierto tipo de comidas, por temor de comer en exceso.	0	1	2	3	4
11. Ha habido ocasiones en que evité situaciones de tipo profesional o social debido a que no podía comer ciertas comidas en aquel lugar.	0	1	2	3	4
12. He tenido síntomas del síndrome de abstinencia tales como inquietud, ansiedad u otros síntomas físicos cuando reduje o dejé de comer ciertos alimentos. (Invo de NO incluir síntomas del síndrome de	0	1	2	3	4

Bellevue Food Addiction Scale - Spanish

Updated: 4/15/2013

abstinencia causados por la reducción del consumo de bebidas como la gaseosa/ soda, café, té, bebidas energizantes, etc.).									
13.	He ingerido ciertas comidas para prevenir los sentimientos de ansiedad, inquietud u otros síntomas físicos que estaban desarrollándose en mí (favor de no incluir el consumo de bebidas calientes como la gaseosa/ soda, café, té, bebidas energizantes, etc.).	0	1	2	3	4			
14.	He notado que tengo un gran deseo o ansia de ingerir ciertas comidas cuando paro o reduzo el consumo de éstas.	0	1	2	3	4			
15.	Mi comportamiento en relación a los alimentos y el comer me molesta/ preocupa.	0	1	2	3	4			
16.	Tengo problemas en mi capacidad de funcionar eficientemente (rutina diaria, trabajo/ escuela, actividades sociales, familia, problemas de salud) debido a los alimentos y el comer.	0	1	2	3	4			

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	NO	SI
17. El comer me ha causado grandes problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, auto-deprecación o culpa.	0	1
18. El comer me ha causado grandes problemas de salud física o ha empeorado un problema de salud física.	0	1
19. Yo sigo consumiendo los mismos alimentos y las mismas cantidades de alimentos y aunque tenía problemas emocionales y físicos.	0	1
20. A lo largo del tiempo descubrí que necesito comer más y más para lograr la sensación que quiero, como reducir las emociones negativas o aumentar el placer.	0	1
21. Descubrí que comer la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta mi sensación de placer como antes.	0	1
22. Quiero disminuir o dejar de comer cierta clase de comidas.	0	1
23. He tratado de disminuir o dejar de comer cierta clase de comidas.	0	1
24. He sido exitoso/a en reducir o no comer esta tipo de alimentos.	0	1

25.	¿En total, cuántas veces en el año pasado usted trató de reducir o dejar de comer ciertas comidas?	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
-----	--	-------	---------	---------	---------	---------------

26.	Favor de marcar con un círculo TODAS las siguientes comidas con las que usted tiene problemas:
-----	--

Helado	Chocolate	Manzanas	Donuts	Brócoli	Galletas	Torta	Caramelo
Pan Blanco	Panelillo	Lechuga	Pasta	Fresas	Arroz	Galletas saladas	Papas fritas
Pretzels	Papas fritas	Zanahoria	Bistec	Bananas	Todoño	Hamburguesas	Hamburguesas con queso
Pizza	Gaseosa/ soda	Ninguno de estos					

27. Favor de enumerar todos las comidas con las que usted tiene problemas que no hayan sido enumeradas:

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "0" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

For office coding: 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

#### 7.4.4. Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3



## CAPÍTULO X

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188442/>
2. Murray, G., & Michalak, E. E. (2012). The quality of life construct in bipolar disorder research and practice: past, present, and possible futures. *Bipolar Disorders*, 14(8), 793–6. <http://doi.org/10.1111/bdi.12016>
3. Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *Nutrients*. 2014; 6(10):4552-4590
4. McElroy, S. L., Crow, S., Biernacka, J. M., Winham, S., Geske, J., Barboza, A. B. C., ... Mori, N.. Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid binge eating disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2013; 150(3), 981–986.
5. Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2011). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657-663. doi:10.1002/eat.20957
6. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y

- Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 2002.
7. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–52. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
  8. Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz, Corina Benjet, Jerónimo Blanco Jaimes, Clara Fleiz Bautista, Jorge Villatoro Velázquez, Estela Rojas Guiot, Joaquín Zambrano Ruíz, Leticia Casanova Rodas, Sergio Aguilar-Gaxiola. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto, 2003, pp. 1-16.
  9. Levitan, R. D., Davis, C., Kaplan, A. S., Arenovich, T., Phillips, D. I. W., & Ravindran, A. V. (2012). Obesity comorbidity in unipolar major depressive disorder: refining the core phenotype. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(8), 1119–24. <http://doi.org/10.4088/JCP.11m07394>
  10. Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11375373>
  11. McElroy, S. L., Crow, S., Biernacka, J. M., Winham, S., Geske, J., Barboza, A. B. C., ... Mori, N. (2013). Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid binge eating disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 981–986.

12. Sicras, A., Rejas, J., Navarro, R., Serrat, J., & Blanca, M. (2008). Metabolic syndrome in bipolar disorder: a cross-sectional assessment of a Health Management Organization database. *Bipolar Disorders*, 10(5), 607–16. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00599.x>
13. Goldstein, B. I., Liu, S.-M., Zivkovic, N., Schaffer, A., Chien, L.-C., & Blanco, C. (2011). The burden of obesity among adults with bipolar disorder in the United States. *Bipolar Disorders*, 13(4), 387–95. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00932.x>
14. Cuellar-Barboza, A. B., Winham, S. J., McElroy, S. L., Geske, J. R., Jenkins, G. D., Colby, C. L., ... Biernacka, J. M. (2016). Accumulating evidence for a role of TCF7L2 variants in bipolar disorder with elevated body mass index. *Bipolar Disorders*. <http://doi.org/10.1111/bdi.12368>
15. Winham, S. J., Cuellar-Barboza, A. B., Oliveros, A., McElroy, S. L., Crow, S., Colby, C., ... Biernacka, J. M. (2014). Genome-wide association study of bipolar disorder accounting for effect of body mass index identifies a new risk allele in TCF7L2. *Mol Psychiatry*, 19(9), 1010–1016
16. Chuang, Y.-F., Tanaka, T., Beason-Held, L. L., An, Y., Terracciano, A., Sutin, A. R., ... Thambisetty, M. (2015). FTO genotype and aging: pleiotropic longitudinal effects on adiposity, brain function, impulsivity and diet. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 133–39. <http://doi.org/10.1038/mp.2014.49>
17. Benzler, J., Andrews, Z. B., Pracht, C., Stöhr, S., Shepherd, P. R., Grattan, D. R., & Tups, A. (2013). Hypothalamic WNT signalling is impaired during obesity and reinstated by leptin treatment in male mice. *Endocrinology*, 154(12), 4737–45. <http://doi.org/10.1210/en.2013-1746>
18. Grant, S. F. A., Thorleifsson, G., Reynisdottir, I., Benediktsson, R.,

- Manolescu, A., Sainz, J., ... Stefansson, K. (2006). Variant of transcription factor 7-like 2 (TCF7L2) gene confers risk of type 2 diabetes. *Nature Genetics*, 38(3), 320–3. <http://doi.org/10.1038/ng1732>
19. Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905–17. <http://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1905>
20. Frye, M. A., Ha, K., Kanba, S., Kato, T., McElroy, S. L., Özerdem, A., ... Vieta, E. (2011). International consensus group on depression prevention in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1295–310. <http://doi.org/10.4088/JCP.10123co1c>
21. Ketter, T. A., Miller, S., Dell’Osso, B., Calabrese, J. R., Frye, M. A., & Citrome, L. (2014). Balancing benefits and harms of treatments for acute bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 169, S24–S33. [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(14\)70006-0](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(14)70006-0)
22. McElroy, S. L., & Keck Jr., P. E. (2012). Obesity in bipolar disorder: an overview. *Curr Psychiatry Rep*, 14(6), 650–658. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0313-8>
23. Benjamin J. Sadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
24. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J AffectDisord* 2003 74: 5
25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, LellouchJ, LepineJP, Newman SC,

- Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276: 293-299.
26. Eichen, D. M., M. R. Lent, E. Goldbacher, and G. D. Foster. 2013. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite* 67:22–24.
27. Şanlıer, N., Türközü, D., & Toka, O. (2016). Body Image, Food Addiction, Depression, and Body Mass Index in University Students. *Ecology of Food and Nutrition*, 55(6), 491-507. doi:10.1080/03670244.2016.1219951

## **CAPÍTULO XI**

### **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

Zaira Marisol Hernández Lorenzo

Candidata para el Grado de Especialista en Psiquiatría General.

Tesis:

**“EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA CLÍNICA DE OBESIDAD Y SOBREPESO DE MEDICINA INTERNA Y EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

Campo de estudio: Ciencias de la salud.

#### **Biografía:**

Nacida en Reynosa Tamaulipas, el 02 de julio de 1985, hija de Héctor Hernández y Laura Lorenzo. Hermana de Alejandra.

Egresó de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en agosto del 2009. Después cursó la especialidad en Psiquiatría General en Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (Universidad Autónoma de Nuevo León) de marzo del 2013 a febrero del 2017.